Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Chaudière-Appalaches

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CHAUDIÈRE-APPALACHES

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À M^E CATHERINE RUDEL-TESSIER

LE MERCREDI 6 AVRIL 2005

À LONGUEUIL

PAR

D^R PIERRE CARRIER
DIRECTEUR ADJOINT AUX AFFAIRES MÉDICALES
ET UNIVERSITAIRES

AVANT-PROPOS

Nous répondons à votre invitation visant à présenter, en audience publique, des pistes d'intervention que nous croyons pertinentes afin d'améliorer la sécurité et la qualité de vie des personnes âgées hébergées dans des résidences privées. Nous avons pris connaissance du sommaire de votre enquête publique sur cinq décès survenus dans de telles résidences, dont un dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Il apparaît utile de préciser qu'en aucun temps, un signalement au sujet de la résidence privée où résidait M^me^ Gisèle Bolduc à Scott-Jonction n'a été formulé à l'Agence de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, avant son décès. Par ailleurs, le CLSC de la Nouvelle-Beauce serait intervenu pour demander un changement de milieu de vie pour madame Bolduc en raison de la détérioration de son état, mais celle-ci aurait refusé la relocalisation qui lui aurait été proposée.

Dans une proportion importante, l'offre de service en résidences privées s'avère de qualité et les liens sont établis avec le réseau public, et ce, tant dans le soutien en intervention clinique qu'en services complémentaires, dans les situations où des personnes manifestent une perte d'autonomie. Les situations illicites, lorsque malheureusement elles se présentent, concernent une minorité de résidences.

Les pistes d'intervention et les références proposées dans le présent document s'articulent autour des nombreuses interrogations soulevées dans votre correspondance. Elles ont été réalisées avec la collaboration de deux professionnelles oeuvrant à l'Agence, M^mes^ Hélène Dallaire et Guylaine Morin.

Nous traiterons successivement des thèmes suivants :

- La personne âgée en perte d'autonomie lorsque le milieu de vie n'est plus adapté à son état de santé
- La personne âgée en perte d'autonomie au centre hospitalier
- La qualité des soins
- Les résidences privées

PISTES D'INTERVENTION EN RÉSIDENCE PRIVÉE

➢ LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE

Lorsque le milieu de vie n'est plus adapté à son état de santé (évaluation du degré d'autonomie, système d'hébergement en milieu protégé, nombre de places disponibles, limites au pouvoir des autorités à déplacer des personnes vers des milieux plus adaptés, etc.).

Commentaires et pistes de solution

1. ÉLABORATION D'ENTENTES DE SERVICE DANS LE CADRE DU PROJET CLINIQUE

Toute situation d'une personne en perte d'autonomie, ou à risque de le devenir, devrait être signalée au CSSS afin qu'une évaluation globale (OÉMC) de la situation soit effectuée et qu'un suivi soit assumé par un gestionnaire de cas. Dans le cadre du projet clinique pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV), le CSSS devra établir des ententes et des liens avec l'ensemble des partenaires du réseau (public, privé, municipal et communautaire), incluant les résidences privées. Il importe de privilégier une philosophie d'intervention plus proactive et préventive de la part du CSSS et des divers partenaires. Le propriétaire de la résidence privée doit tout autant s'investir de la responsabilité de solliciter l'intervention du CSSS lorsque la situation d'une personne le requiert. Présentement, nul propriétaire n'est obligé à cet engagement *d'ordre clinique*.

2. LES CLIENTÈLES VULNÉRABLES REQUIÈRENT UNE PLUS GRANDE VIGILANCE ET UN SUIVI PLUS INTENSIF

Une vigilance et un suivi plus intensif par le CSSS devraient être exercés à l'endroit des clientèles plus vulnérables, dont les personnes présentant des déficits cognitifs, et qui plus est, s'il y a risque d'errance ou de fugue, et des problèmes de comportement. Dans la majorité des situations présentées par la coroner, M[e] Catherine Rudel-Tessier, les personnes avaient des déficits cognitifs. Ceci renforce la nécessité d'ententes spécifiques d'évaluation et de soutien par le CSSS pour ces clientèles. Les résidences privées semblent atteindre leurs limites plus rapidement avec ces clientèles.

3. MISE EN PLACE D'UNE CATÉGORISATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES QUANT À LEUR OFFRE DE SERVICE

Les ressources privées ne sont pas formellement catégorisées en matière de qualité de services. Le ministère a instauré la création d'un registre des résidences privées. Toutefois, ce

registre devrait être bonifié et catégorisé de façon à permettre aux personnes de faire un choix éclairé qui tient compte, certes, des aspects fonctionnels et techniques de la résidence, mais aussi des soins et des services.

4. LE LIBRE CHOIX DU CITOYEN

Selon la charte des droits et libertés, nul ne peut obliger une personne (ou son représentant légal) à recevoir des soins et des services. Cependant, quand la situation d'un résident évolue de telle sorte que le milieu dans lequel il réside n'est plus en mesure de combler l'ensemble de ses incapacités, il est primordial que le CSSS intervienne de façon à apporter tous les éléments pertinents à une prise de décision éclairée. Par ailleurs, si le résident maintient sa décision de demeurer dans ce milieu, le CSSS devra assurer une surveillance accrue.

5. DIFFICULTÉ D'INTERVENIR SANS PLAINTE FORMELLE

Que ce soit en CHSLD ou en résidence privée, le résident ou ses proches exprimant des inconforts ou des insatisfactions reculent souvent devant l'éventualité de déposer une plainte formelle, pour toutes sortes de raisons. Des problèmes sont connus, mais par respect du choix du résident, il est difficile pour les intervenants d'agir sans que celui-ci ne donne son autorisation ou porte plainte. Des mécanismes visant à mieux faire connaître les procédures formelles de plainte et à soutenir les personnes devraient être prévus.

6. APPLICATION SYSTEMATIQUE DES PROTOCOLES REGIONAUX DE TRAITEMENT DES DEMANDES D'INTERVENTION DANS LES RESIDENCES PRIVEES.

Depuis 2003, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, chaque région s'est dotée d'un protocole de traitement des demandes d'intervention dans les résidences privées. Dans les cas d'une plainte formelle, l'application des protocoles régionaux devrait être systématique. De la même façon, tout signalement ou tout doute sur la qualité des services offerts par une résidence privée devrait être pris en compte et faire l'objet d'une attention et d'une vigilance aussi accrues que celles requises dans les cas d'une plainte formelle.

7. DES ALTERNATIVES À L'HÉBERGEMENT INSTITUTIONNEL

Le ministère prévoit que la mission du réseau d'hébergement en CHSLD sera d'accueillir une clientèle en plus grande perte d'autonomie. Ceci a pour impact que chaque CSSS devra réviser et diversifier son offre de service en hébergement public. Ainsi, les CSSS auront à convenir d'ententes pour développer des milieux de vie adaptés aux personnes en perte d'autonomie avec les ressources non institutionnelles, incluant les résidences privées. D'ailleurs, le

ministère a subventionné des projets novateurs, lesquels permettent l'expérimentation d'un partenariat avec des organismes avec ou sans but lucratif pour une clientèle en grande perte d'autonomie. Cette formule permet à l'établissement de rattachement public d'assurer une plus grande vigilance et son implication dans les soins et les services offerts. Nous devrions donc sensibiliser le CSSS afin qu'il mette en place des moyens concrets pour mobiliser les résidences privées autour d'un projet commun de qualité de services et de coopération avec le réseau public, et ce, au-delà des obligations d'ordre légal et des projets subventionnés.

➢ LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE

- *A l'hôpital (entre autres, le triage et la réévaluation, les soins de confort en opposition avec les soins extraordinaires dans un contexte de demande de non-réanimation).*

Commentaires et pistes de solution

8. UNE URGENCE PLUS « GÉRIATRIQUE »

Les urgences des centres hospitaliers ne se sont peut-être pas encore adaptées à accueillir, dans une optique d'approche gériatrique intégrée, la clientèle des personnes en perte d'autonomie. Que ce soit en regard de la philosophie et de la formation du personnel ou de l'organisation fonctionnelle des urgences, il apparaît essentiel de modifier les pratiques actuelles et d'adapter les milieux. Une équipe gériatrique devrait être active dans chaque centre hospitalier pour intervenir directement à l'urgence, permettant à l'équipe en place une meilleure prise de décision.

9. DES SERVICES DE GARDE MÉDICALE 24H/7 JOURS POUR LA CLIENTÈLE GÉRIATRIQUE

Dans l'optique d'offrir une approche gériatrique intégrée et adaptée, le réseau public de santé pourrait prévoir un service de garde médicale 24h/7 jours, de manière à répondre rapidement aux situations d'urgence et supporter les intervenants, ce qui éviterait le recours aux urgences des hôpitaux. Ce service s'inscrit dans l'optique de la hiérarchisation des services et pourrait constituer une forme préalable de triage. Le mécanisme d'inscription à un service de garde médicale 24h/7 jours doit être réfléchi de manière à être adapté à la réalité des personnes vieillissantes. Il nécessite non seulement que la clientèle y soit inscrite, mais également qu'un processus régulier de révision des listes soit instauré. Chaque CSSS devra prévoir une telle mesure dans son projet clinique.

10. RÉVISION DES PROCESSUS DE PRIORISATION EN HÉBERGEMENT

Tout le mouvement du déficit « 0 » en centre hospitalier, la démarcation nécessaire entre les services de première et de deuxième ligne, la volonté d'un bon partenariat, semblent avoir parfois l'effet pervers d'obliger le CSSS, dans plusieurs situations, à prioriser les personnes admises en centre hospitalier, lorsqu'un lit de dépannage et d'hébergement de longue durée se libère. La pression est très forte pour le désengorgement des urgences. La priorisation pour un hébergement devrait être fonction des besoins de la personne et non du milieu où elle se trouve. Chaque CSSS devra mettre en place des lits de transition spécifiques (appelés lits sub-aigus) qui offrent des services médicaux et infirmiers et qui réduisent l'utilisation des lits de courte durée par cette clientèle. Ces lits sub-aigus devront être de plus en plus nombreux avec le vieillissement prévu de la population. De plus, les centres de santé et de services sociaux devront réviser leurs pratiques de gestion et de priorisation des listes d'attente.

➢ LA QUALITÉ DES SOINS

- *La formation du personnel, le ratio résidents/soignants, le contrat d'hébergement, le rôle du CLSC et du médecin traitant, la tenue de dossiers, la contention, etc.*

Commentaires et pistes de solution

11. UNE APPROCHE MILIEU DE VIE EN RÉSIDENCE PRIVÉE

Les principes directeurs des orientations ministérielles « *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* » devraient être préconisés dans les résidences privées qui accueillent des personnes vulnérables. Nous pourrions penser à une implication d'associations locales des résidences privées ou au support du CSSS pour assurer l'information voire la dispensation de formation en ce sens.

12. DES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ POUR LES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

Des systèmes d'appels fonctionnels tant au niveau de la technologie qu'au plan fonctionnel (disponibilité des ressources humaines) de même que du personnel qualifié pour intervenir en cas d'urgence (plan d'évacuation, RCR) devraient être disponibles dans les résidences privées qui accueillent des personnes vulnérables. Dans la perspective où des personnes atteintes de déficits cognitifs sont hébergées en résidence privée, des systèmes technologiquement plus sophistiqués de détection devraient être utilisés, tels le système de type « *Lifelink* » qui permet de détecter des situations critiques (chutes et pertes de conscience) de façon automatisée.

➢ LES RÉSIDENCES PRIVÉES

- *Définition, catégories, normes applicables, respect des normes, contrôle, etc.*

Commentaires et pistes de solution

13. DES OUTILS INTÉRESSANTS

Outre la relation à établir avec certains éléments des orientations ministérielles, il existe des outils, notamment le « *Guide de dépistage de la perte d'autonomie des personnes âgées habitant un logement à loyer modique* » (Regroupement des Offices d'habitation du Québec), lequel pourrait être utilisé par les résidences privées. Une telle démarche de conscientisation ne peut se faire sans entente entre le CSSS et l'ensemble des résidences privées d'un territoire. À cet égard, les organisateurs communautaires devraient davantage être mis à profit pour le programme PPALV.

14. CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES

Outre le programme Rose d'Or de la FADOQ,[1] dont la reconnaissance se fait sur une base volontaire, le ministère présente un projet de certification des résidences privées et de contrôle de la qualité (projet de loi 83). C'est un premier pas vers une amélioration de la qualité des services offerts en résidences privées. Il faudra toutefois s'assurer que cette mesure soit évolutive avec le réseau et qu'elle permette bel et bien d'évaluer la qualité des services dans une résidence privée. De plus, il y a lieu de donner aux municipalités un rôle plus actif en lien avec les objectifs mêmes du réseau de la santé et des services sociaux. Des ententes formelles doivent être établies entre le CSSS, les MRC et les municipalités, de façon à assurer le respect des règles, à adapter les réglementations, à établir une relation plus harmonieuse entre les aspects reliés aux normes du bâtiment et l'évolution des besoins des personnes en perte d'autonomie.

[1] FADOQ : Fédérations de l'Age d'Or du Québec.

CONCLUSION

Nous avons accueilli avec beaucoup d'enthousiasme la demande que vous nous avez adressée afin de formuler des pistes d'intervention qui pourraient faire l'objet de recommandations à la suite de votre enquête publique.

Nous espérons que ces différentes réflexions sauront enrichir votre rapport, car nous avons à cœur l'amélioration des conditions de vie de nos personnes âgées en perte d'autonomie.

Comme vous avez pu le constater, plusieurs éléments de solutions reposent sur ce que l'on pourrait appeler le réseau local. Le réseau doit être mis sur pied dans le contexte des projets cliniques que doivent développer les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Les projets cliniques nécessiteront, dans leur mise en place, la signature d'ententes de service avec les partenaires dont font partie les résidences privées pour personnes âgées. Les CSSS devraient prévoir effectuer un suivi intensif auprès des clientèles les plus vulnérables, peu importe leur milieu de vie.

Si une personne âgée choisit librement de continuer à vivre dans une résidence qui ne paraît plus appropriée, le CSSS devrait alors entreprendre une surveillance accrue, et ce, au-delà des pistes proposées dans le cadre du projet de loi 83.

Les systèmes de garde médicale 24 h/7 supportés par une garde en soins infirmiers devront être rendus fonctionnels par les CSSS pour toutes les ressources d'hébergement (publiques ou privées) ainsi qu'au maintien à domicile. Les CSSS devront planifier davantage de lits sub-aigus, c'est-à-dire des lits de transition afin de ne pas nuire à l'accessibilité des lits de courte durée.

La qualité des services en résidences privées nécessite la formation de leur personnel au sujet d'un milieu de vie adapté, la présence de systèmes de sécurité fonctionnels, ainsi que d'intervenants formés en réanimation cardiorespiratoire (RCR) et en mesures d'urgence.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit continuer à développer son projet de certification des résidences privées en regard de la qualité des services. Les municipalités doivent être vigilantes relativement à des aspects reliés aux normes du bâtiment.

Je suis disponible afin de répondre à vos questions, si vous le jugez nécessaire.

Dr Pierre Carrier
Direction adjoint aux affaires
médicales et universitaires